RESEAU DE SANTE DAPSA
Dispositif d'Appui à la Périnatalité
et aux Soins des Addictions.

« CHANTIER OUVERT AUX PUBLICS »

Périnatalité et Addiction

Jeudi 29 juin 2006

Dr BRENGARD, ***chef de service, 3ème secteur de psychiatrie infanto-juvénile, Paris***
Je voudrais ouvrir cette rencontre en interrogeant l'étymologie de ce « chantier ouvert aux publics », dont l'origine latine *canterius* signifie support. Il s'agit en effet de pouvoir s'appuyer sur quelque chose, de trouver des bases, mais aussi d'être le support de quelque chose, de supporter, ce qui est en lien tant avec la parentalité qu'avec la dépendance. Un chantier, comme en atteste le dictionnaire, est d'abord un lieu de travaux de construction, de réparation ou d'exploitation. Mais c'est aussi, au sens figuratif, un lieu où règne un grand désordre… Cela me convient, tant que l'on ne sombre pas dans le chaos, car tout acte créatif passe par un certain désordre. Un chantier, c'est enfin un travail, un projet de grande envergure ; c'est un commencement de réalisation. Voilà ce à quoi nous nous attelons aujourd'hui, au sein d'un amphithéâtre ouvert au débat public en partenariat avec le service public.

Dr Marijo TABOADA, ***psychiatre, DAPSA - Paris.***
Je remercie le Dr Brengard qui a facilité l'accès à ce lieu de réunion favorable aux échanges, car il est important que notre réflexion puisse être alimentée par une clinique médicale mais aussi éducative, sociale… Le terme de chantier traduit ma conviction que c'est dans le faire-ensemble qu'on construit une communauté de pensée. Et aussi qu'il est essentiel, surtout dans la période actuelle, de préserver un certain désordre. La tentation de l'ordre, relativement mortifère, n'est-elle pas le principal ferment d'un désordre non productif ?
Je vous remercie toutes et tous d'avoir accepté de venir partager avec nous les questions que nous pose l'accompagnement des personnes pathologiquement dépendantes à des psychotropes lorsqu'elles ont à faire avec leurs enfants et leur maternité ou paternité.
Comme vous le constatez, je prends soin de parler de dépendance pathologique plus que d'addiction, et ce n'est pas par hasard ou pour éviter des répétitions car dans la question qui nous intéresse, c'est bien la dépendance et ses avatars qui va venir prendre le devant de la scène.
Le concept de dépendance nous permet d'interroger les fluctuations de dépendance, les changements d'objets, la fragile frontière entre le normal et le pathologique en somme, et notre propre capacité à expérimenter des dépendances pathologiques passagères qui émaillent parfois nos vies de névrotico-normaux, telles certaines passions amoureuses, éphémères certes, mais c'est bien ainsi.
L'autre expérience de dépendance pathologique, et que nous partageons tous, espérons-le, est celle qui unit le nourrisson à sa mère, ou plutôt, nous nous trouvons là devant une dépendance qui pourrait paraître pathologique à ceci près qu'elle est indispensable.

Lorsque cet ancien nourrisson - ex nourrisson oserai-je même dire - se retrouve en position de parent face à cet autre nourrisson va alors se réactiver tout ce qui composait sa dépendance d'alors, mais aussi non pas le ferment de son indépendance, ce qui aurait été prématuré et donc dangereux, mais le ferment de son individuation. Quelque chose comme « cet autre est moi mais c'est quand même un autre » qui brille dans le regard de la mère découvrant son enfant.
Pour les personnes se bagarrant avec la question de la dépendance, l'arrivée d'un enfant va reposer la même question « qu'est-ce que j'ai fait de ma dépendance initiale ? », mais évidemment avec une acuité, voire une douleur autrement plus violente que pour ceux qui sont parvenus à faire avec.
C'est ce à quoi nous vous invitons aujourd'hui : travailler à la fois la question de la parentalité et celle de la dépendance pathologique, en ce que ça oblige à prendre en compte le bien-être présent et futur de l'enfant, mais aussi l'adulte dans sa fonction parentale, mais également la douleur infantile de l'adulte réactivée par la présence de l'enfant actuel.
Ou, autrement dit, peut-on interroger la dépendance pathologique à tel ou tel psychotrope à partir des réaménagements psychologiques qu'implique l'arrivée d'un enfant ? Comment favoriser l'émergence d'une maternalité, ou paternalité, satisfaisante ? Comment intégrer le temps dans notre pensée, à savoir que l'accompagnement à la parentalité dépasse le temps de la grossesse et que le traitement de la dépendance doit prendre en compte les modifications du lien de dépendance entre un parent et un enfant au fur et à mesure que celui-ci grandit ?
Mais, en même temps que nous pourrions tenter de construire ensemble cette clinique de la parentalité chez les personnes dépendantes, nous vous proposons de tenter de penser les conditions nécessaires à un travail de partenariat, voire de réseau adéquat à ce type de questionnement complexe.
En effet, nous avons pu expérimenter les uns les autres la difficulté à aborder ces questions : réticence des uns, effroi des autres, prises de position radicales des troisièmes… Peut-être que quelque chose de notre propre rapport à la dépendance est interrogé face à cette problématique particulière…
Et pourtant, il faut bien s'y mettre, à travailler ensemble, puisque la présence de l'enfant nous oblige à admettre dans notre cercle de réflexion, et d'action, ses interlocuteurs naturels, qui ne sont pas représentés que par ses parents, loin s'en faut. Le corps social dans son ensemble se penche sur ce berceau, que ce soient les équipes gynéco-obstétricales, pédiatriques, les puéricultrices de PMI, les assistantes sociales de secteur, voire le juge pour enfants et les éducateurs de la protection de l'enfance, ou d'autres encore.
Alors il va falloir travailler avec ces idéaux différents, ces missions, ces légendes fondatrices parfois divergentes pour trouver ensemble un chemin qui permette cet accompagnement.

Dr Anne-Marie SIMONPOLI, *praticien hospitalier, hôpital Louis Mourier - Colombes.*
Notre travail sur le thème « périnatalité et addiction » a débuté dans les années 1994-1995 dans le contexte de l'épidémie de VIH, après la nième histoire de séparation mère-enfant, qui a ému et mobilisé de nombreux intervenants de différentes équipes. Cela a permis de vraies rencontres, notamment autour de cette jeune femme de 25 ans, héroïnomane par voie intraveineuse depuis l'âge de 17 ans, infectée par le VIH, sans hébergement, en situation de rupture familiale, le père de son enfant à venir ayant été assassiné, venue à l'hôpital pour une consultation à six mois de grossesse. En l'absence à l'époque de tout traitement de substitution, sage femme, gynécologue, puéricultrice, aide soignante, mais aussi intervenants extérieurs (psychothérapeute) ont travaillé ensemble pour établir une relation de confiance avec elle, tandis que le bébé ira en néonatalogie, atteint d'un syndrome de sevrage sévère. Petit à petit le lien mère-enfant s'établit en service post partum, jusqu'au jour où la mère le quitte pour rupture de contrat, ayant fugué et repris sa consommation d'héroïne. Transféré en pouponnière, l'enfant sera adopté ensuite en 1997.
Créé en 1995, le réseau hopital-toxicomanie est né de la sollicitation des sages-femmes pour réfléchir ensemble sur la problématique grossesse et toxicomanie. Un premier séminaire pluridisciplinaire a eu lieu en 1996, réunissant médecins, sages-femmes, gynécologues, assistantes sociales, psychologues, puéricultrices, mais aussi des intervenants extérieurs tels les centres d'accueil en post partum. Parmi les propositions avancées, la prise en charge interdisciplinaire en vue de favoriser en milieu hospitalier l'établissement du lien mère-enfant ; la construction d'outils d'information, en interne et en externe, destinés aux professionnels et aux usagers de drogues. C'est ainsi que la dynamique s'est enclenchée, l'hôpital Louis Mourier apparaissant comme un lieu de soins plus spécialisé que d'autres établissements.
Actuellement, les femmes enceintes qui viennent consulter sont adressées soit par des médecins traitants, avec une prise en charge des conduites addictives par un traitement de substitution, soit par des amis ou des associations, sans prise en charge. Certaines d'entre elles reviennent quand elles sont à nouveau

enceintes. Quoi qu'il en soit, lors de la consultation avec la gynécologue, on parlera en premier lieu de la grossesse. L'addiction sera elle-même abordée à travers le prisme de la grossesse.
Cette première consultation représente le moment où la grossesse devient affirmée, officielle. C'est aussi le moment des premiers examens biologiques et physiques, souvent redoutés par crainte de dévoiler les stigmates d'injections, mais rassurants aussi car permettant de faire le point sur sa santé. Et tout ce qu'il faut soigner le sera pendant la grossesse. Cette consultation est enfin le moment où l'on va parler de la féminité, où l'on insistera sur l'importance d'un suivi gynécologique mais aussi où l'on abordera la question du désir ou non d'enfant à venir, des enfants antérieurs, de la famille, du conjoint… Ce dernier est-il présent ou absent, dépendant ou non, informé de la dépendance de la future mère ? Bref, il s'agit d'envisager le suivi de la grossesse, en sachant sur qui elle peut compter, tenant compte de son désir de confidentialité.
Les soignants sont souvent amenés à aborder la question de l'addiction pour rétablir les faits par rapport à la toxicité imaginée par la mère. On aborde aussi la question du tabac, de l'alcool ou du cannabis, dont ces femmes connaissent souvent les effets dangereux.
On évoquera les questions de prise en charge avant, pendant et après l'accouchement, on parlera aussi du syndrome de sevrage du bébé, mettant en avant les consultations pédiatriques, susceptibles d'apporter une réponse aux nombreuses questions posées. On pourra aussi visiter le service de néonatalogie. L'important est de mieux comprendre comment la femme perçoit son bébé, comment elle construit cet enfant imaginaire. Plus elle se sentira enceinte, plus elle accordera d'importance au soin du corps et sera prête à entendre qu'il est possible de réduire les risques pour le bébé même en cas de poursuite addictive.
On parlera aussi de la place du père, mais surtout de la meilleure façon de préparer l'adaptation des conditions de vie à l'arrivée du bébé.
Il est difficile de prévoir la qualité du lien mère-enfant, mais quelle que soit la situation de la mère, il faut tout faire pour favoriser l'établissement durable de ce lien, qu'il y ait ou non séparation ensuite. Il faut compter une dizaine de jours, après la naissance, au terme desquels un projet de sortie devra être mis en place. Après évaluation du lien mère-enfant, la décision de séparer ou non l'enfant de sa mère devra aussi être prise.
Les mères s'inquiètent le plus souvent de la toxicité des substances psycho actives, mais aussi du syndrome de sevrage, qui rend l'enfant irritable, difficile à calmer. La crainte de ne pas savoir faire, avec le sentiment de culpabilité qu'elle engendre, rend d'autant plus importants les nombreux conseils prodigués en puériculture. Il arrive aussi qu'elles s'inquiètent de la réaction du conjoint, lorsqu'il est lui-même dépendant ou lorsqu'il ignore la dépendance de la future mère. La plupart enfin sont préoccupées par le contrôle social qui s'exercera à la sortie.
Le lien thérapeutique qui s'établit au cours de la grossesse est extrêmement complexe, sous-tendu par la nécessaire intégrité de l'enfant et par l'assurance de la qualité des soins donnés par la mère et aussi par le père. La question centrale, abordée dès la première consultation, est celle de la capacité de la mère à ne pas mettre son enfant en danger. Sachant que même si une séparation est envisagée afin d'offrir à l'enfant un mode de vie adapté, on fera tout pour favoriser le lien mère-enfant.
Une première grossesse, avec les modifications physiques et psychologiques qu'elle entraîne, représente souvent le passage à l'âge adulte. C'est l'occasion de développer des liens thérapeutiques privilégiés, souvent très forts, et c'est ainsi que je peux vous donner des nouvelles de la jeune femme que je décrivais au début : elle a interrompu sa toxicomanie hyperactive et a eu deux autres enfants, nés en 1998 et 2003, qui vivent actuellement avec elle.

Catherine DENIS-TEYNIER, *psychologue, CSST Dune - Cergy-Pontoise.*
Après le congrès de l'ANIT[1], je me suis interrogée sur l'inscription de la toxicomanie dans le champ de l'addictologie, au risque de laisser de côté la dimension psychopathologique au profit d'une approche centrée sur les conduites addictives. La parentalité, dans la mesure où elle nous confronte toujours à la problématique du patient parce qu'elle réactive les questions fondamentales de l'identité, du désir, de la relation à l'autre, nous oblige sans cesse à rester ouverts à la réflexion clinique et à la psychopathologie, que nous serions bien tentés de laisser de côté au profit d'une démarche uniquement centrée sur le médico-social.

[1] Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie dont les Journées annuelles se sont tenues à Pau les 15 et 16 juin 2006

Cela dit, comment en sommes-nous arrivés à nous préoccuper de la parenté de nos patients et de la relation parent-enfant ? Cela a commencé avec la pratique de la substitution et plus particulièrement par l'ouverture de l'unité méthadone en 1996. Il s'agissait d'instaurer un cadre thérapeutique inscrit dans la durée, permettant aux patientes de se poser, d'expérimenter une autre temporalité. Le traitement, circulant entre la patiente et nous, permettait l'établissement d'une médiation et facilitait ainsi le travail autour de la dépendance et avec la dépendance, y compris la dépendance à l'autre.
Deux voies d'entrée se sont développées parallèlement. La première pose la question de l'enfant et de la relation à l'enfant en son absence, dans l'accompagnement de la reprise des liens avec les enfants placés ; la seconde concerne l'accompagnement de la grossesse pour des femmes en premier lieu suivies autour de la substitution à la méthadone.
La prise en compte de la parenté de nos patients en l'absence de l'enfant s'est peu à peu construite à partir d'un nouvel outil, le dispositif « appartement-relais ». La première patiente, suivie pendant sept ans, est arrivée très déstructurée, en errance, régulièrement exposée à des situations de maltraitance. L'appartement-relais a rendu possible l'accueil temporaire de ses deux enfants placés, ce qui nous a conduit à développer des relations de partenariat avec les référents de l'ASE et avec sa sœur. Cette introduction de la famille dans l'espace de soins a d'ailleurs représenté une petite révolution culturelle. Après l'accompagnement de la parentalité en l'absence des enfants, voici venu le temps de l'accueil des enfants dans l'institution, ce qui nous a obligé à être particulièrement attentifs et à nous prononcer sur l'opportunité ou non d'une visite le week-end par exemple.
Chez beaucoup de nos patients on trouve une inscription éminemment problématique dans le désir de la mère. On note en particulier chez les patientes toxicomanes un défaut d'investissement libidinal de la mère pour l'enfant, un défaut de relation au corps de l'enfant. Cette relation chaotique du fait du manque de désir maternel, ou d'un désir hésitant ou contradictoire, ne permet pas à l'enfant de s'assurer de sa position première, de l'amour de sa mère.
Notre première patiente, qui pendant un temps de son trajet thérapeutique fit se succéder grossesses et avortements, était au cœur d'un questionnement existentiel sur la place d'un enfant, sur sa place à elle, sachant que sa propre mère lui avait dit après la mort du père qu'elle « aurait du partir avec lui », dit aussi qu'elle ne désirait pas d'enfant et qu'elle avait tenté en vain d'avorter. Rien ne vient faire vraiment rempart contre ce désir problématique de la mère si ce n'est dans la rencontre des produits.
C'est dire l'enjeu porté par la parentalité et l'accès à la maternité, où il y a une forte réactivation de toutes ces questions qui touchent à l'identité et à l'origine. La prise en compte de cette dimension est un temps essentiel de la prise en charge.
Concernant l'accompagnement de la grossesse, l'offre médicale de traitement méthadone constitue la pierre angulaire de cette nouvelle pratique. Après un travail de formation pluridisciplinaire, il a été possible de proposer un cadre d'accueil exceptionnel, offrant une temporalité différente. La grossesse représente un moment idéal pour restaurer le système narcissique en péril des patientes, qui ont l'opportunité d'accéder à une nouvelle identité en devenant mère. Elles peuvent aussi tenter de reprendre pied par rapport à leur propre histoire, de donner sens à leur vie, de lui donner une nouvelle direction en ayant le sentiment d'en devenir l'auteur. L'enfant devient dès lors porteur de l'espoir d'une vie meilleure. Mais beaucoup échouent à nouer des relations avec leur enfant, prises dans la répétition de leur propre histoire faite de ruptures, de rejets et d'abandons.
Si la chance est donnée de pouvoir nouer des liens dans un espace thérapeutique, l'expérience montre que le suivi engagé pendant la grossesse permet de contenir l'angoisse. On peut commencer à imaginer l'enfant à venir. Mais la grossesse a un terme : il faut à un moment se confronter à la réalité de l'enfant et à l'arrivée du syndrome de sevrage, 48h à 72h après l'accouchement. Les manifestations de la douleur chez le bébé sont impressionnantes et mobilisent un sentiment de culpabilité souvent intense chez les mères. Le corps souffrant de l'enfant agit parfois comme le retour du refoulé, parfois représente une promesse non tenue de l'enfant en tant que créateur de la mère : « j'attends de toi que tu me reconnaisses pour maman ». Cette situation mobilise des mécanismes de défense tels que la régression, le retrait libidinal de l'enfant ou la projection d'une certaine violence pulsionnelle sur l'équipe. D'où la nécessité d'un temps d'hospitalisation adéquat, parfois jusqu'à deux mois.
Observons le cas d'une autre patiente, qui a souhaité prendre ses distances avec son compagnon et sa famille dans le cadre d'un jugement pour une affaire de stupéfiants. Installée en appartement-relais, suivie par une éducatrice, elle a attendu en vain la visite de sa mère malgré ses promesses. Après la naissance, à la première manifestation du syndrome de sevrage, elle a subi un effondrement dépressif, très culpabilisée de ne pouvoir soutenir la relation avec sa fille au point de la laisser tomber.

Je voudrais insister sur l'importance du réseau, la mise en relation des différents partenaires permettant d'ouvrir de nouveaux horizons, de mettre en mots ce qui se vit, de laisser se déployer ce qui se réactive, d'aborder des questions inédites. Mais cela ne va pas sans tensions, qui permettent toutefois de repérer ce qui se joue à un moment donné, dans ce temps premier de la mise en place de la relation, dans la relation mère-enfant et notamment en ce qui concerne la discontinuité du lien. Il est très difficile d'être à la fois du côté du parent et de l'enfant. Jusqu'où peut-on entendre ou ne pas entendre ce que nous dit la mère ? L'essentiel est de ne pas mettre l'enfant en danger, mais on a parfois du mal à se dire le mieux est la séparation.

Marijo TABOADA
Penser la parentalité : une révolution culturelle qui n'en est qu'à ses débuts. Qu'en est-il par exemple de l'élaboration dans les milieux de soins d'une réflexion sur « dépendance à l'alcool et parentalité », au sein d'une culture qui en fait une consommation licite, normalisée et normalisante ?

Aline DI CARLO, *assistante sociale, CCAA Aurore - Paris.*
Dans le milieu de l'alcoologie, il n'y a pas eu encore de révolution culturelle. La question de la parentalité serait, pour l'instant du moins, hors du champ de la culture. Les premières questions liées à la parentalité ont été posées via le prisme de la protection de l'enfance et plus particulièrement par la demande de pères qui souhaitent renouer un contact avec des enfants, perdus de vue parfois depuis longtemps. Les questions liées à l'enfance et à la dépendance soulèvent un certain malaise, peut-être parce qu'elles font largement écho dans nos existences. Après tout nous avons tous été des nourrissons dépendants.
Mais pourquoi ce questionnement se traduit-il si difficilement dans nos institutions ? Sans doute parce qu'il faut prendre le temps et se donner les moyens d'établir une relation de confiance. Il y a certainement de notre part le souhait de ne pas effrayer les patients, mais aussi la peur de ce que nous n'avons pas envie de voir. Cela ressemble de notre part au déni avec lequel nos patients ont également fort à faire.
De fait, la première visite au CCAA représente une démarche difficile pour les parents dépendants. La première consultation est toujours très chargée, ces patients s'exposent.. Cette relation de confiance rend-elle plus difficile l'abord de la question de la parentalité ? N'avons-nous pas peur « d'effrayer » le patient et de rompre ainsi une relation que nous considérons si fragile ? Ou bien craignons nous de découvrir quelque chose et de devoir nous positionner ?
La relation qui se crée entre les patients et nous est toujours ténue, fragile, et moi même j'ai souvent le sentiment de marcher sur une ligne de crête.
Quoi qu'il en soit, l'espace ouvert par la relation ne doit pas l'être au détriment de l'enfant. En définitive, il convient d'adopter une posture non surplombante, d'échanger, à voix haute, en équipe, afin de décloisonner la pensée, permettant aux patients d'être pensés aussi en tant que parents au sein de l'institution.

Dr Jean EBERT, *pédopsychiatre, CSST Horizons - Paris.*
Merci pour ce sentiment de ne plus être seul dans le désert… Enfant imaginé, enfant enfoui, enfant blessé, enfant maltraité, enfant trahi, enfant oublié… Comment surgit-il dans notre champ professionnel, pourquoi vient-il imposer sa présence, nous confrontant à une responsabilité dont la plupart d'entre nous se passeraient bien ? Si je me place du point de vue des CSST[2], le décret du 26 février 2003 précise que « doivent être assurées les missions de prévention, d'accueil et de prise en charge des personnes ayant une consommation à risque ou un usage nocif d'une substance classée comme stupéfiante ». Plus loin sont précisées les missions des CSST : « assurer l'information et l'accueil de ces personnes ainsi que l'accompagnement de leur entourage ». Ici apparaît une logique transgénérationnelle. La plupart du temps, dans la logique de soins, l'enfant est le patient. Celui qui souffre de cette dépendance au produit, elle-même issue de dysfonctionnements familiaux.
Nous savons bien à quel point nous pouvons être touchés par un enfant blessé, meurtri par cette répétition toxicomaniaque qui l'entrave dans son chemin vers l'autonomisation. Vingt ans après la création de *Horizons*, nous continuons pourtant à devoir souligner que le toxicomane peut aussi être parent.

[2] centres de soins spécialisés pour toxicomanes

L'enfant de la personne toxicomane qualifie celle-ci de mère ou de père. Il fait partie, au plus proche, de l'entourage immédiat. Devons nous accompagner cet enfant pour autant ? En tant que clinicien, accepter la présence réelle de l'enfant permet la reconnaissance implicite puis explicite du rôle de mère ou de père, en tant que personnes dignes de ce titre. Ce qui ne va pas toujours de soi chez les professionnels de la santé et du champ social.
Etre mère et toxicomane paraît incompatible, mais cette situation recouvre une variété infinie de situations cliniques. On l'a dit tout à l'heure, devenir mère ou père est souvent le moment d'une tentative de restauration narcissique, une étape renouvelée de maturation identitaire. Et pourtant réfléchir à la question de la dépendance nous renvoie immanquablement à cette dépendance foncière, archaïque, de l'enfant à sa mère, et réciproquement. Etre mère, c'est vivre un bouleversement bio-psycho-social, qui nous conduit à prendre soin de l'enfant à venir. Accompagner, c'est « être présent avec », et c'est vrai que l'un des problèmes à résoudre est d'évaluer la qualité de l'engagement que nous pouvons proposer. Ne pas assumer cet accompagnement serait répéter une nouvelle trahison.
Rien ne serait possible sans un climat de sécurité. De ce point de vue, si l'on se borne à évaluer la capacité de la mère à ne pas mettre en danger son enfant, on reste dans une logique de protection de l'enfant. Or, un point de vue psychopathologique suppose une description dynamique, c'est-à-dire un mouvement qu'il faut pouvoir accompagner pour en mesurer la qualité.
Il y a beaucoup à étudier du processus de réinterrogation des bases identitaires, avec la référence obligatoire aux imagos parentales dans le processus de constitution de la lignée. Ce processus de maternalité - mieux connu sans doute que celui de la paternalité - nous conduit à réfléchir à un processus d'accueil d'un autre, en l'occurrence un bébé totalement dépendant, qui va faire appel à la responsabilité de la mère. Mais aucune mère ne peut accomplir ce processus d'humanisation sans être validée à chaque étape par son entourage, familial ou de substitution.
Le processus toxicomaniaque, où le sujet crée sa dépendance avec l'aide du produit, met aussi en jeu des changements bio-psycho-sociaux. Ce processus aliénant, qui crée une mise à l'écart pouvant aller jusqu'à la rupture définitive du lien social pour les plus atteints, nécessite une réponse plurielle. Pour ceux qui voient les bénéfices de l'usage de drogue ensevelis par les dommages occasionnés, il est urgent de se confronter à l'existence d'une pathologie narcissique. L'usage de drogue s'installe le plus souvent sur un terrain de conflits internes, liés à la question de l'identité, dans un contexte de perturbation précoce des relations à l'autre. Il peut s'agir de maltraitances comme de trahisons dans la relation. La dépendance aux drogues est souvent une phase permettant une lente maturation d'une identité trop fragile, inachevée, pas encore prête à se confronter avec l'idéal social ou parental. Cet état d'insécurité est un facteur clé de la relation à l'autre. Mais cet état ne peut se transformer chez nos patients que par une succession de confirmations existentielles et affectives, exactement ce que toute mère devra proposer à son enfant.
Quelle est donc notre responsabilité de soignants vis-à-vis de ces enfants ? Solution simpliste, souvent envisagée : la séparation, voire le placement. Mais je plaide pour une approche clinique plus complexe, plurifactorielle. Il s'agit de conjuguer les soins, de prendre soin, d'associer des praticiens dotés de compétences différentes, de positionnements différents, jusqu'à ce que le soin pour l'un soit lié aux actes de prévention pour l'autre.
Ce n'est pas nous qui décidons de l'existence de ces enfants. Avons-nous vraiment le choix ? Ne pouvons nous pas coordonner nos actions, comme cela se pratique en pédopsychiatrie ou dans le cas de maladies somatiques chroniques ? Un dispositif permettant une simultanéité de nos engagements mais une différenciation des actes et des acteurs n'est-il pas imaginable ? Après tout les mathématiques sont bien passées de l'algèbre à la théorie des ensembles flous : nous pourrions nous aussi faire un saut qualitatif, nous permettant d'être présents, avec ces individus petits et grands, pour tenter de les accompagner dans leurs défis ?

Marijo TABOADA
Avant d'ouvrir la séance de questions avec la salle, où se côtoient des professionnels issus d'horizons divers, je voudrais mettre l'accent sur la question du père, non pas pour l'évacuer après l'avoir abordée, comme souvent, mais pour vous proposer d'en faire le thème central d'une prochaine rencontre. Cette problématique touche particulièrement les personnes pathologiquement dépendantes, pour lesquelles la question de la différenciation reste un enjeu. Or, le fait de devenir père suppose une différenciation de la situation pré pubertaire de la personne dépendante, un passage de l'identité de sujet dépendant à celle de sujet homme. En réussissant cette différenciation, le père offre en outre à la femme et au bébé une

possibilité de triangulation, dans un contexte où l'on constate une tendance à faire du nouveau père une fausse mère…

Dr BRENGARD
Le contexte actuel, c'est aussi la sortie des premiers textes inspirés par Sarkozy, en relation avec la délinquance. Il convient de rester vigilants, sachant que le domaine de la petite enfance reste pour le moment préservé. Mais certains textes abordent déjà la question des médecins relais, en rapport avec la toxicomanie et l'injonction de soins.
Pour en revenir à la périnatalité, il me semble que la question centrale est celle de la possibilité d'organiser en continuité l'accompagnement de la mère, pendant sa grossesse et après avec le bébé, ce qui parait problématique en France. Qui va assurer le lien entre pré et post natal ; quelle articulation mettre en place avec les partenaires extérieurs, alors que se joue la question de la tiercéité ? Comment organiser le « holding » pour la mère, en continuité sur le pré et le post-natal ?
Autre question : qu'en est-il de l'haptonomie ?

Dr Jean EBERT
Cette question fondamentale de la lutte contre la discontinuité de la prise en charge est à la base du projet Horizons. Il s'agissait pour cela de dépasser les clivages entre différentes professions complémentaires, différents enjeux, différents modes de pensée. Que peut-on se dire les uns et les autres d'une patiente ? A partir du moment où on se détermine dans ce champ d'intervention, on peut être soutenu par une intentionnalité de rencontre, c'est-à-dire être présent quand un autre professionnel intervient, aller au devant de la femme enceinte, ou encore du père. Cela suppose un engagement personnel, mais aussi la mise en place d'un dispositif permettant l'articulation des différents champs d'intervention et l'entretien d'une dynamique collective. C'est ce qui se fait aujourd'hui avec le réseau.
Pour ce qui est de l'haptonomie, il s'agit d'une approche phénoménologique, susceptible de favoriser l'engagement dans le présent, dans la relation à l'autre. C'est un complément, qui permet à la mère, s'il est exercé avec prudence, d'approcher au plus intime d'elle-même ce qui est en jeu. Et le résultat n'est pas forcément catastrophique : la mère prend conscience alors qu'elle est capable de mobiliser quelque chose en elle, sans en passer par une prise en charge complexe sur la durée. L'haptonomie peut « aider à pouvoir » dans l'actuel et peut permettre à la mère d'approcher son enfant et de s'approcher d'elle-même.

Dr Anne-Marie SIMONPOLI
Concernant la continuité de la prise en charge, on remarque qu'il y a souvent un interlocuteur privilégié, choisi par la patiente au moment de la grossesse, pour faire le relais. Ce passage est très complexe et cette fonction de relais est difficile à tenir, notamment lorsque ces femmes sont prises en charge par d'autres équipes, qui peuvent se sentir gênées dans leur travail à cause d'une intervention jugée inappropriée. Or, l'intimité partagée pendant la grossesse et l'accouchement crée des liens privilégiés, à ne pas négliger donc. Les sages-femmes ne sont-elles pas souvent appelées à jouer un rôle de mère ?
Je suis convaincue de la nécessité de l'établissement de liens forts avec la patiente : contrairement à ce que peuvent penser certains partenaires, la continuité des soins ne consiste pas à se repasser la patate chaude. Le chantier est devant nous, reste maintenant à construire.
En matière de pédopsychiatrie, il faut avouer un sentiment de solitude à l'hôpital, lorsque des femmes reviennent avec leurs « bébés-poussettes », sanglés pour la journée. Nous nous sentons souvent démunis et ne comptons que peu d'interlocuteurs à l'extérieur, hormis la PMI[3] et quelques associations. Il faudrait établir des partenariats, permettant aux spécialistes de sortir de leurs structures et établir des liens privilégiés en dehors des situations cliniques.

Dr BRENGARD
Il faut aussi se garder d'une tentation hospitalo-centrique. Je pense à cette mère d'un enfant prématuré, qui ne pouvait se résoudre à une hospitalisation à domicile et insistait pour le confier à l'hôpital. Il était hors de question d'effectuer la première visite pédopsychiatrique chez elle en l'absence d'une psychologue de la maternité avec qui elle avait tissé des liens privilégiés. Nous avons donc travaillé à domicile ensemble, et c'est progressivement, au bout d'un an, que j'ai pu prendre le relais. C'est en inventant des pratiques que l'on peut sortir du cloisonnement et des questions de territorialité. Les recherches internationales

[3] Protection maternelle et infantile

soulignent l'importance, en matière de prévention précoce, du lien qui se forme pendant la grossesse et qui se poursuit au-delà. Pourtant, les collègues de psychiatrie générale par exemple, ne saisissent pas toujours l'intérêt qu'il y aurait à faire ensemble un travail de prévention au moment de la grossesse de mères psychotiques. On nous adresse des femmes en crise, après l'accouchement, à un moment où elles craignent de voir leur enfant placé… De quoi, en somme, faciliter notre travail !

Marijo TABOADA
Notons que la continuité des soins ne suppose pas forcément la continuité auprès de la personne concernée. Un réseau est constitué d'un filet et de trous. Il est intéressant de pouvoir travailler aux interstices. Il y a une intimité à créer avec les patients, avec les autres intervenants aussi, pour pouvoir supporter ensemble les moments où il faut respecter leur nécessité de fuir, afin qu'ils puissent jouer de la distance et de la proximité. En d'autres termes, il s'agit de construire une continuité psychique entre nous, pour pouvoir accompagner et gérer leur nécessité de discontinuité psychique. On peut penser à une pièce de théâtre ad hoc, dans laquelle les différents intervenants se distribuent ensemble les rôles. Une telle conception permet d'ailleurs de diminuer les tensions entre nous, sachant que c'est notre rôle qui est en jeu et non nous-mêmes.
En matière de continuité, je m'interroge sur le fait que pré et post natal sont séparés par un événement qui est une rupture, rupture de la présence dans le corps de l'une du corps de l'autre. Soudain l'on n'est plus enceinte, c'est fini « plus jamais ce petit ne reviendra à l'intérieur de moi ». Comment penser la continuité après la naissance de l'enfant, qui est aussi la naissance d'une mère et d'un père ? Cette question se pose avec acuité pour les personnes dépendantes, souvent sensibles, de par leur histoire, à la thématique de la continuité et de la rupture.

Dr Dominique BRENGARD
Cela évoque l'enveloppe psychique de Brazelton, le contenant mental tissé par les intervants autour des patients.

Catherine DENIS-TEYNIER
Quand on est engagé dans l'accompagnement d'une femme, d'un homme, on ne peut pas être tiers pour les autres professionnels ; on est derrière, avec notre patient. On peut aussi se demander comment faire tiers à la naissance ; notre engagement n'est-il pas alors « forcé » ? Il faut en tout cas l'offrir aux parents sans attendre qu'ils en fassent la demande. C'est à nous de faire en sorte que la relation puisse exister, par un travail de mentalisation, en transformant certains éléments restés au bord de l'impensable en une représentation qui soit acceptable par l'autre. Il faut pour cela s'engager réellement, comme le font les pédopsychiatres qui viennent à la rencontre des mamans à l'hôpital. Pour ce qui nous concerne, invitation est faite aux femmes de venir nous voir après l'accouchement, une fois par semaine.

Dr Jean EBERT
Pour ce qui est de la rupture que constituerait la naissance, j'y vois la marque de la brutalité de l'accouchement plutôt qu'une discontinuité. Les mécanismes d'attachement mis en place dès les premières secondes d'existence du bébé doivent être impérativement soutenus, ce qui n'est pas simple en cas de syndrome de sevrage car ce bébé raide et hurlant est peu gratifiant. Mais la gratifiant peut alors venir des intervenants. Il faut faciliter l'accès de cette mère au corps de son enfant, qu'elle doit considérer comme tel. La reconnaissance de son statut de mère ne dépend pas que du bébé toutefois : l'identification peut aussi prendre appui sur l'entourage.

Catherine DENIS-TEYNIER
Il est vrai que l'attachement se fait souvent selon le mode : « j'attends de toi que tu me reconnaisses comme mère ». Il est bon alors que les équipes puissent un peu décharger l'enfant de ce rôle assigné.

Dr Anne-Marie SIMONPOLI
L'allaitement maternel étant un vecteur privilégié de l'attachement, il convient de le proposer systématiquement lorsque cela est possible, malgré les difficultés posées par exemple en terme de douleurs ou de problèmes de succion. Il faut donc aussi le soutenir, sachant qu'un abandon de l'allaitement est souvent vécu comme une incapacité à être mère.

Dr Jean EBERT
Il reste à faire un gros travail de formation en la matière, notamment en ce qui concerne le fantasme de l'empoisonnement de l'enfant par la mère.

Dr BRENGARD
Il faut reconnaître, tout de même, que l'idée de l'allaitement ne va pas de soi s'agissant une mère toxicomane.

Françoise GARÇOT, *infirmière à Dune*.
J'ai eu à m'occuper d'une maman sous méthadone, qui aurait été très malheureuse de ne pouvoir allaiter son enfant. Après analyse en laboratoire du lait maternel, l'équipe a finalement décidé de l'y autoriser malgré la présence de traces légères, sans dommages pour l'enfant.

Dr Anne-Marie SIMONPOLI
La question de l'allaitement devrait en effet être posée aux femmes sous traitement de substitution, ce qui suppose de mieux former les équipes et de mieux faire circuler l'information.

Dr BRENGARD
C'est l'un des rôles de DAPSA ! Pour l'heure, tout sondage effectué auprès d'infirmières quant à la possibilité d'allaitement pour une mère sous méthadone donnerait un résultat peu satisfaisant.

Dr Marijo TABOADA
Qu'il y ait ou non allaitement, les enfants viennent au monde dans une maternité, lieu où l'on se préoccupe prioritairement de la santé de l'enfant. Le moment de séparation qu'est la naissance s'opère donc dans un lieu préférentiellement tourné vers l'enfant, ce qui participe peut-être de la difficulté à rétablir sa propre continuité.

Catherine DENIS-TEYNIER
D'où l'intérêt à ce que nous soyons présentes dans les maternités.

Denise STEINER
On se rend compte que l'on se trouve très en difficulté quand les enfants grandissent, suivant un processus d'individuation qui remet en question la relation de la mère à l'enfant.

Carola ARENAS
Certaines mères peuvent traiter l'enfant comme un adulte, vivent comme un rejet tout refus de sa part. Heureusement il y a aussi des pères, qui souvent refont surface vers quarante ans, - on pourrait dire aussi que l'enfant, parfois déjà adolescent, qui refait surface dans l'esprit du père- ou qui sont amenés à pallier l'absence de la mère absente, incarcérée ou autre.

Marijo TABOADA
Sachant qu'un père maternant peut empêcher la mère de retrouver sa place de mère… Une telle situation représente d'ailleurs un bon sujet de réflexion sur la question de la différenciation…

Laure RICHARD
Je remarque que l'on rencontre ici beaucoup de professionnels du champ de l'addiction, mais aucun du champ de la protection de l'enfance. Comment expliquer cela ?

Marijo TABOADA
C'est la conséquence d'un choix délibéré, basé sur la nécessité d'élaborer davantage notre réflexion avant de pouvoir la confronter avec d'autres. Pour accepter de me mélanger à d'autres différents, il faut que je sois sûr d'être moi-même, sûr que l'autre ne peut me détruire, en m'obligeant à penser comme lui. Or, force est de constater que le milieu de l'enfance a pris en compte la question des parents toxicomanes beaucoup plus que le milieu de la toxicomanie n'a pris en compte la question de leurs patients en tant que parents. Chaque enfant ayant des parents, tous les milieux de l'enfance sont habitué à réfléchir aux

différentes difficultés parentales. En revanche, tous ceux qui ont des comportements addictifs ne sont pas parents. Il faut savoir cheminer lentement… Il nous a semblé préférable, pour cette première réunion de chantier, que ceux qui travaillent du côté des addictions puissent échanger d'abord entre eux, afin de présenter dans un second temps une pensée plus élaborée, plus apte à la confrontation et à l'échange d'idées avec d'autres champs. L'histoire des relations entre ces deux milieux est d'ailleurs ponctuée de séquences pas toujours harmonieuses, mais il faut reconnaître qu'une intimité peut se créer au sein de petits groupes d'intervenants, dans un cercle plus restreint qu'un amphithéâtre.
Merci aux intervenants pour la qualité de leur travail et de leurs réflexions, merci d'avoir osé s'exposer sur ces lieux de représentation complexes que sont la toxicomanie et la parentalité.